

## Edmonton Symptom Assessment System (revised version) (ESAS-r)

**SVP encercler le chiffre qui correspond le mieux à ce que vous ressentez présentement:**

Aucune douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La pire douleur possible
Aucune fatigue <i>(fatigue = manqué d'énergie)</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La pire fatigue possible
Aucune somnolence <i>(se sentir très éveillé)</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La pire somnolence possible <i>(se sentir très endormi)</i>
Aucune envie de vomir <i>(envie de vomir = nausée)</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La pire envie de vomir possible
Très bon appétit	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Aucun appétit
Aucun essoufflement <i>(essoufflement = manqué de souffle)</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Le pire essoufflement possible
Aucune dépression <i>(dépression = triste)</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La pire dépression possible
Aucune anxiété <i>(anxiété = se sentir nerveux)</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La pire anxiété possible
Meilleure sensation de bien-être <i>(bien-être = comment vous vous sentez en général)</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Aucune sensation de bien-être
Autre problème <i>(p.e. constipation)</i> _____												
Aucun(e) _____	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Le (La) pire possible _____

Nom du patient \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_ Heure \_\_\_\_\_

Complété par (cochez un):

- Patient(e)
- Famille
- Professionnel de la santé
- Avec l'aide d'une personne soignante

Nous vous prions d'indiquer sur le dessin la place où vous avez mal.

